別記様式第１６号（第１６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第三者の行為による被害届　※ | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日  　　　関　　市　　長　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  国民健康保険法施行規則第３２　条の６の規定により次のとおり届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生日 | | | 年　　　月　　　日  　午　（前　・　後）　　時　　分頃 | | | 事故発生場所 |  | | | | | | | | | | |
| 事故原因と状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　害　者  （被保険者名） | | | 被保険者  記号・番号 |  | | | 職　業 | |  | | | | | | | | |
| 世帯主との  続　柄 | |  | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | | | | | |
| 加　害　者　（　第　三　者）　に　関　す　る　事　項 | 加　害　者  （運転者） | | 氏　名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | | | | | |
| 住　所 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 職　業 |  | | | 電話番号 | | （　　　　）　　　　－ | | | | | | | | |
| 自動車所有者 | | 氏　名 |  | | | 電話番号 | | （　　　　）　　　　－ | | | | | | | | |
| 住　所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 加　害　者  との関係 | 本人　・　親族（続柄　　　　　）　・　事業主　・　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 保険契約者 | | 氏　名 |  | | | 電話番号 | | （　　　　）　　　　－ | | | | | | | | |
| 住　所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 自動車所有者との関係 | 本人　・　親族（続柄　　　　　）　・　事業主　・　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 自賠責保険 | 有  ・  無 | 保険会社 |  | | | 証明書番号 | |  | | | | | | | | |
| 任意保険 | 有  ・  無 | 保険会社 |  | | | 支　店　名 | | 課　名 | | | 担　当　者　名 | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
| 証券番号 |  | | | 電話番号 | |  | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地・名称（氏名） | | | | | 傷　病　名 | | | 初　診　日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 当  初 |  | | | |  | | | 保険診療  開　始　日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | | | |
| 転  医  後 |  | | | |  | | | 診療見込期間 | |  | | | | | | | |
|  | | | | 診療見込金額 | | 円 | | | | | | | |